

ХИРУРГИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ

УДК 616-089.5-031.83

МОНОЛАТЕРАЛЬНАЯ МАЛООБЪЕМНАЯ АНЕСТЕЗИЯ: МЕТОД ВЫБОРА ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ТОТАЛЬНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ КОЛЕННОГО СУСТАВА

Абдулина З.Н., Болобошко К.Б., Ходьков Е.К., Ходькова Ю.В., Мовчанюк Г.В., Янушевский А.Е.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Введение. Тотальное эндопротезирование коленного сустава является довольно распространенным хирургическим вмешательством в современной травматологии, и для достижения адекватного уровня обезболивания, для его выполнения применяется спинальная анестезия в различных вариациях. [1] На данный момент, одной из перспективных методик достижения нужного уровня анестезиологического пособия [2] при тотальном эндопротезировании коленного сустава (ТЭКС) является монолатеральная спинальная анестезия, выполняемая при помощи высокобаричных анестетиков. Монолатеральная спинальная анестезия является эффективной, легко контролируемой и щадящей в плане токсической нагрузки на пациента по сравнению с другими высокоселективными техниками спинномозговой анестезии, что в свою очередь улучшает прогноз постоперационной реабилитации.

Цель исследования. Провести проспективную сравнительную характеристику монолатеральной спинальной анестезии и классической спинальной анестезии при выполнении тотального эндопротезирования коленного сустава (ТЭКС).

Материал и методы. Был произведен проспективный анализ историй болезни 50 пациентов, перенесших ТЭКС на базе травматологического отделения УЗ «ВОКБ». Возраст пациентов варьировался от 47 до 77 лет (в среднем составил 65 лет), среди них было 13 мужчин и 37 женщин. В дальнейшем пациенты были разделены на две группы: первая исследуемая группа состояла из 20 пациентов, для которых была использована монолатеральная спинальная анестезия. Вторая группа насчитывала 30 пациентов, для которых была использована классическая спинальная анестезия. В ходе исследования сравнивались такие характеристики вышеуказанных техник, как: количество используемого анестетика, систолическое и диастолическое артериальное давление (АД) на разных этапах оперативного вмешательства, индекс массы тела (ИМТ), необходимость и количество использования атропина, частота сердечных сокращений (ЧСС).

Анализ полученных данных проводился с помощью пакетов статистического обеспечения «EXEL 7», «STATISTICA 10». При анализе различных корреляционных взаимодействий был проведен расчет коэффициентов корреляции, Р-значений, а также корреляционных формул.

Результаты исследования. В процессе статистического исследования данных производился расчет средних значений и результаты были сравнены между двумя группами. Стоит отметить, что в первой группе (Таб.1) было использовано в среднем 1,6 мл. анестетика, а в группе 2 (Таб.2) было использовано 2,9 мл. Также было выявлено сокращение объема инфузионной терапии в первой группе (1030 мл.) по сравнению со второй группой (1536 мл.).

Таблица 1 Средние значения изученных критерий для группы 1

Первая группа (n=20)						
ИМТ	Количество введенного анестетика (мл)	Среднее систолическое давление (мм.рт.ст.)	Среднее диастолическое давление (мм.рт.ст.)	Средняя ЧСС (уд./мин.)	Объем инфузионной терапии (мл)	Среднее количество использованного атропина (мл)
29,82	1,6	131	80	71	1030	0,4 (использовался в 4 случаях из 20)

Таблица 2 Средние значения изученных критерий для группы 2

Вторая группа (n=30)						
ИМТ	Количество введенного анестетика (мл)	Среднее систолическое давление (мм.рт.ст.)	Среднее диастолическое давление (мм.рт.ст.)	Средняя ЧСС (уд./мин.)	Объем инфузионной терапии (мл)	Среднее количество использованного атропина (мл)
32,5	2,9	133	84	73	1536	0,4 (использовался в 9 случаях из 30)

В дальнейшем была выявлена нормальность распределения выборок, что позволило произвести изучения корреляционных зависимостей вышеизложенных факторов. В первой группе определялась обратная зависимость между количеством использованного анестетика и систолическим АД на момент МСА ($r=-0,6510$; $p=0,0019$), количеством анестетика и диастолическим АД на момент МСА ($r=-0,4513$; $p=0,0458$), количеством анестетика и систолическим АД во время ТЭКС ($r=-0,5125$; $p=0,0209$), количеством анестетика и диастолическим АД во время ТЭКС ($r=-0,5386$; $p=0,0143$), количеством анестетика и систолическим АД на момент окончания операции ($r=-0,6360$; $p=0,0026$), количеством анестетика и диастолическим АД на момент окончания операции ($r=-0,5425$; $p=0,0135$), количеством анестетика и средним систолическим АД ($r=-0,71309$; $p=0,0004$), количеством анестетика и средним диастолическим АД ($r=-0,7121$; $p=0,0004$).

Во второй группе по вышеизложенным пунктам корреляционные зависимости были статистически не значимы ($p>0,05$). Однако была выявлена прямая зависимость между количеством анестетика и вводимым атропином ($r=-0,4879$; $p=0,0073$).

Таблица 3 Общая характеристика выявленных корреляционных отношений

Первая группа (n=20)		
Корреляционная зависимость	Коэффициент корреляции	Р-значение
Количество анестетика – систолическое АД на момент МСА	-0,6510	0,0019
Количество анестетика – диастолическое АД на момент МСА	-0,4513	0,0458
Количество анестетика – систолическое АД вовремя ТЭКС	-0,5125	0,0209
Количество анестетика -диастолическое АД вовремя ТЭКС	-0,5386	0,0143
Количество анестетика – систолическое АД на момент окончания операции	-0,6360	0,0026
Количество анестетика – диастолическое АД на момент окончания операции	-0,5425	0,0135
Количество анестетика – среднее систолическое АД	-0,71309	0,0004
Количество анестетика – среднее диастолическое АД	-0,7121	0,0004
Вторая группа(n=30)		
Корреляционная зависимость	Коэффициент корреляции	Р-значение
Введение атропина и количество используемого анестетика	0,4879	0,0073

Заключение. МСА позволяет сократить объем используемого анестетика на 45%, уменьшает токсический эффект на организм пациента. Также МСА уменьшает объем инфузионной терапии на 33%. Стоит отметить, что МСА позволяет сократить частоту и количество использования атропина, в свою очередь это свидетельствует о более стабильной гемодинамике пациента. Длительность действия анестезии составляет от 1.5 до 2 часов. Вышеизложенные факты говорят о более быстрой реабилитации пациентов. Необходимо отметить, что МСА позволяет произвести оценку объема движений на ранних этапах послеоперационного периода, позволяет сократить риск развития посттунрикетных болей. Снижается риск развития тромбоэмболических осложнений.

Литература:

1. Виринг, Б. Нейроаксиальные блокады у пожилых пациентов с заболеваниями сердечной и дыхательной систем / Б. Виринг // Актуальные вопр. анестезиологии и реаниматологии. – 2008. – С. 113–119.
2. Односторонняя спинальная анестезия / В.А. Корякин [и др.] // Анестезиология и реаниматология. – 2008. – №4. – С. 4–5.

УДК 617.55

МЕТОДЫ СНИЖЕНИЯ СПАЕЧНОГО ПРОЦЕССА В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Гецадзе Г.Н.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Введение. Послеоперационная спаечная болезнь развивается в 3–14% случаев после первой лапаротомии, и в 50– 96% случаев – после третьей. По свидетельству некоторых авторов, при клинических и секционных исследованиях лиц, перенесших лапаротомии, частота внутрибрюшных спаек достигала 70–90% [1].

По данным Международного спаечного общества (International Adhesion Society), по поводу спаечной болезни в хирургических отделениях ежегодно лечится около 1% перенесших ранее операции больных, из которых 50–75% составляют пациенты со